

Intervention psychosociale auprès des personnes infectées par le VIH

Psychosocial Intervention for Persons with H.I.V. Infection

Marc A. Hamel, Linda Edgar, Robert Darsigny et Donna L. Lamping

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502049ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502049ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Hamel, M. A., Edgar, L., Darsigny, R. & Lamping, D. L. (1992). Intervention psychosociale auprès des personnes infectées par le VIH. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 131-143. <https://doi.org/10.7202/502049ar>

Résumé de l'article

Nous décrivons ici un programme d'intervention psychosociale conçu pour mieux traiter le stress associé à l'infection du VIH. Le programme d'intervention NUCARE se fonde sur six composantes : restructuration cognitive, résolution de problèmes, relaxation, détermination d'objectifs, soutien social et utilisation de ressources et de services. Nous décrivons ici la logique et le développement de l'intervention, et présentons des exemples concrets pour illustrer les avantages de chacune de ses composantes.



Intervention psychosociale auprès des personnes infectées par le VIH

Marc A. Hamel*,
Linda Edgar**,
Robert Darsigny***,
Donna L. Lamping****

Nous décrivons ici un programme d'intervention psychosociale conçu pour mieux traiter le stress associé à l'infection du VIH. Le programme d'intervention NUCARE se fonde sur six composantes: restructuration cognitive, résolution de problèmes, relaxation, détermination d'objectifs, soutien social et utilisation de ressources et de services. Nous décrivons ici la logique et le développement de l'intervention, et présentons des exemples concrets pour illustrer les avantages de chacune de ses composantes.

Il nous semble pertinent de commencer cet article en citant en partie la conclusion d'un ouvrage de Weisman (1979) sur l'adaptation («co-ping») au cancer. Cet auteur y parle de personnes atteintes de cancer, mais ses propos s'appliquent peut-être encore davantage aujourd'hui à celles qui sont aux prises avec une infection de type VIH. Ainsi, dans son dernier chapitre, Weisman s'interroge sur le traitement à prodiguer:

«Suffit-il de traiter la maladie? Nous ne pourrions nous dispenser de le faire tant que l'énigme du cancer ne sera pas résolue. Mais la science suffit-elle, sans tenir compte des problèmes et de la personnalité

* Coordinateur et conseiller du projet NUCARE, Service d'épidémiologie clinique, Hôpital Général de Montréal.

** Directrice du nursing à l'Hôpital Général du Lakeshore et assistante-professeur à la Faculté de médecine de l'Université McGill.

*** Conseiller au projet NUCARE, Service d'épidémiologie clinique, Hôpital Général de Montréal.

**** Psychologue et chercheure et maître de conférences principal (senior lecturer) au Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine et au Department of Public Health, Parkside Health Authority.

des personnes souffrantes, qui cherchent une nouvelle façon de vivre? Pour bien traiter la maladie, nous devons reconnaître la disparité entre ce que veut et ce que peut espérer un individu, ici et maintenant. Un traitement efficace n'est pas toujours l'équivalent d'un traitement réussi.

Nous sommes fréquemment gouvernés par des mythes. Nous ne devons pas nous laisser mortifier par nos échecs, nos points faibles, nos erreurs, ni les aggraver encore par la démoralisation et le désespoir. Malgré ses limites, un bon moral nous permet toujours de nous ressourcer.

(...) La force morale, un bon traitement et le souci de l'excellence dans le traitement des problèmes humains sont des façons de persévérer, par delà les progrès scientifiques ou les illusions suscitées par les lubies et les modes de notre époque».

Ces remarques sont fort appropriées au départ pour expliquer comment et dans quel dessein le programme d'intervention psychosociale NUCARE a été conçu pour les personnes infectées par le VIH.

Celles-ci connaissent souvent une détresse psychologique, qui se concrétise par de graves difficultés à faire face au diagnostic et à la maladie qui s'ensuit (voir Lamping et Sewitch, 1990). De plus, cette détresse augmente parfois sans signes avant-coureurs, en association avec l'évolution de la maladie du VIH. Elle est causée en grande partie par l'incertitude, par l'impossibilité de prévoir les moments où les facteurs de stress apparaîtront et leur intensité.

La recherche n'est pas très poussée sur les interventions psychosociales propres à aider les personnes infectées par le VIH à faire face à ces facteurs de stress (Kelly et St Lawrence, 1988). De récentes études commencent à montrer la valeur à cet égard de diverses interventions psychosociales, comme la gestion du stress (Coates et McKusick, 1987), la thérapie cognitive-comportementale (Hedge et al., 1988), l'intervention de groupe (Macks, 1987) et le traitement psychophysiologique (Corless et al., 1987). Étant donné la diversité entre les personnes infectées par le VIH et de ces maladies elles-mêmes, il est évident qu'aucune stratégie d'intervention ne vaut pour tous les clients. Les interventions psychosociales doivent être conçues sur mesure selon les ressources et les besoins individuels (Kelly et St Lawrence, 1988).

Cependant, il existe un large consensus sur la valeur potentielle des interventions psychosociales conçues pour améliorer l'adaptation à la maladie par le biais du soutien social. Les professionnels de la santé provenant de nombreuses disciplines liées au soin et au traitement des personnes infectées par le VIH ont souligné l'importance de développer des interventions destinées à accroître le soutien social (Church et al.,

1988; Joseph et al., 1988; Kelly et St Lawrence, 1988; Wagner et al., 1987).

La nature même ainsi que la conception des interventions de soutien social varient selon les besoins de la clientèle particulière qu'elles visent; cependant, le principal objectif de ce type d'intervention est de fournir des ressources pour maintenir un bon moral et améliorer l'adaptation. Les stratégies reconnues pour améliorer l'adaptation à l'infection du VIH comportent des processus comportementaux, émotionnels et cognitifs, soit: information, aide matérielle et services; validation et expression des émotions; diminution de l'incertitude et résolution des problèmes par le feedback, l'information et la comparaison sociale; restructuration cognitive et entraînement à la relaxation. Les interventions de soutien social dont l'efficacité a été prouvée procèdent généralement de la combinaison de ces composantes dans une intervention «globale» destinée à maintenir un bon moral et à améliorer l'adaptation (Gottlieb, 1988).

Le programme décrit dans cet article a été élaboré à partir d'une intervention psychosociale mise au point pour des personnes atteintes du cancer (Edgar et al., 1992). L'infection au VIH inspire un stress analogue à celui du cancer. Dans les deux cas, les clients voient un péril grave et constant peser sur leur vie, ce qui exige l'élaboration d'une stratégie cognitive de «plan de survie» afin d'atténuer la menace que laisse planer une maladie mortelle. Une telle stratégie doit inclure des informations sur la maladie et sur le contrôle qu'on peut garder à la fois sur la maladie et sur son pronostic. Les personnes atteintes de cancer ou du VIH doivent aussi vivre avec l'incertitude. De fait, les personnes infectées par le VIH peuvent éprouver une plus grande détresse que les autres et être plus enclins au désespoir et à la dépression. On a déjà bien établi les exigences de soins accrus de ce groupe.

Le terme «coping» (que nous traduisons ici par adaptation) est souvent utilisé en anglais, dans les textes généraux ou spécialisés, mais ses définitions varient et ne concordent pas toujours. Nous nous sommes servi de deux définitions de ce terme pour en conceptualiser la notion dans le programme d'intervention NUCARE. Pour Lazarus et Folkman, s'adapter à une maladie, c'est «ajuster sans cesse les efforts cognitifs et comportementaux pour gérer des demandes externes et/ou internes spécifiques, qui sont considérées comme éprouvantes ou excessives pour les ressources de la personne» (Lazarus et Folkman, 1984, 141). Pour ces deux auteurs, une notion centrale de l'adaptation est que les événements sont classés selon leur signification pour la personne qui les vit. C'est ce qu'on appelle l'évaluation cognitive. Il s'agit d'un processus continu, qui permet de réévaluer les événements à la lumière de nouvelles informations.

Pour leur part, Weisman et al. (1980) définissent l'adaptation à une maladie comme la résolution active d'un problème avec souplesse, habileté, optimisme et sens pratique. Cette définition était à la base de leur intervention auprès de patients cancéreux dans le cadre du Projet Omega (1980).

Les deux définitions mettent nettement l'accent sur l'aspect cognitif, ce qui correspond bien à notre conception de l'adaptation comme expérience et apprentissage de fonctionnement optimal. En plus du besoin d'augmenter et de renforcer les stratégies de l'adaptation, nous avons conscience du rôle du soutien social pour expliquer les résultats variés de l'adaptation au sein des groupes de malades chroniques, et notamment les personnes infectées par le VIH.

Nous avons mis au point le programme d'intervention NUCARE à cause de la détresse — bien établie par la recherche scientifique — qu'éprouvent les personnes infectées par le VIH et du manque de programmes rigoureux pour y faire face. En nous fondant sur la documentation scientifique existante et sur l'expérience clinique, nous avons identifié quatre stratégies susceptibles d'aider à soulager cette détresse. Il s'agit de mesures pour: a) augmenter le savoir du client; b) augmenter la maîtrise de soi; c) renforcer les stratégies de l'adaptation; d) améliorer le soutien social. Avec ces quatre objectifs, nous avons développé une intervention psychosociale à six composantes que nous décrirons maintenant (voir Tableau 1).

Tableau 1

Composantes du programme d'intervention NUCARE

- | | |
|----|--|
| 1. | Restructuration cognitive |
| 2. | Résolution de problèmes |
| 3. | Entraînement à la relaxation |
| 4. | Détermination d'objectifs |
| 5. | Soutien social |
| 6. | Utilisation de ressources et de services |

1) Restructuration cognitive. Avec l'assistance psychologique, les clients peuvent changer les perceptions qui contribuent à la réponse de l'organisme au stress (Scandrett, 1985). Pour gérer le stress, il faut en comprendre et en évaluer les causes, apprendre à se détendre et changer la perception de la situation par une réévaluation cognitive.

La théorie cognitive postule que les pensées qu'on entretient et les façons d'appréhender le réel, les patterns cognitifs, influencent les humeurs et les émotions. Ces perceptions peuvent être illogiques, erronées, et prédisposer à l'anxiété ou à des états dépressifs (Childress et Burns, 1981).

Les intervenants peuvent aider les clients à identifier leurs dispositions mentales défaitistes, comme les attitudes du «tout ou rien», les généralisations excessives, le catastrophisme et le recours intempestif au conditionnel (Burns, 1980). Dans cette partie du programme d'intervention, les clients apprennent que la première étape pour changer des humeurs et des émotions négatives consiste à prendre conscience du type de processus mental qui a cours. Lors de nos expériences avec des clients enclins au sentiment d'impuissance et de désespoir, il suffisait de faire prendre conscience à ceux-ci de la maîtrise qu'ils pouvaient avoir sur leurs pensées pour provoquer un changement.

Meichenbaum (1977) a découvert qu'un dialogue positif avec soi-même peut améliorer le rendement personnel dans diverses tâches. Selon Brallier (1982), la perception qu'on a de sa propre aptitude à surmonter le stress joue un rôle important. Participer activement à une réévaluation cognitive est pour le client un moyen efficace de retrouver une partie de la maîtrise qu'il croyait avoir perdue avec le VIH.

Nous expliquons brièvement à nos clients l'interaction entre les faits, les pensées et les sentiments et leur donnons des exemples simples. Nous les encourageons à s'exercer à différencier le fait de la pensée, et la pensée du sentiment. Ensuite, nous les aidons à comprendre que les sentiments pénibles n'émanent pas des faits eux-mêmes mais directement de leur processus mental. L'étape suivante de cette réévaluation cognitive passe par l'examen de la maîtrise personnelle. Nous analysons la situation en ce qui concerne les faits, les pensées et les sentiments, afin de déterminer où la maîtrise persiste et comment on peut encore la renforcer. Nous apprenons aux clients que même s'ils ont peu de prise sur la plupart des faits qui se produisent, ils continuent à avoir pleine maîtrise sur les pensées qui en découlent. Ce processus pourrait tenir dans le schéma suivant:

Faits — Pensées — Émotions.

Cas type: Un client s'alarme en se découvrant au réveil un nouveau symptôme physique. Se rappelant la panique qu'il avait ressentie la première fois, il se rend compte qu'il a le choix entre se laisser gagner par la panique ou agir. Ce client décide alors d'appeler son médecin. Il lui dit qu'il se sent davantage maître de la situation et que, grâce à la

séance de restructuration cognitive, il aborde différemment les situations stressantes.

2) Résolution de problèmes. Prendre des décisions n'est jamais facile. Bien des gens développent leurs propres stratégies pour aborder et résoudre un problème. Il y a des approches qui réussissent bien et d'autres moins. Certaines personnes réagissent impulsivement aux problèmes, d'autres espèrent qu'ils disparaîtront avec le temps. Bien qu'il n'existe pas de «formule miracle» pour résoudre un problème, quel qu'il soit, nous proposons une série d'étapes spécifiques pour y parvenir. La résolution active des problèmes est très utile dans la réussite de l'adaptation, comme en témoignent nombre d'auteurs, dont Lazarus et Folkman (1984), Sobel (1979), ainsi que Turk et al. (1983). En nous fondant sur une étude antérieure de Weisman et al. (1980), nous apprenons aux clients qui participent au programme d'intervention NUCARE une série d'étapes spécifiques pour résoudre les problèmes. Nous leur présentons des exemples pour expliquer les objectifs de cette technique, puis nous les encourageons à la mettre en pratique à partir de problèmes qu'ils choisissent eux-mêmes.

Cas type: Un client aux prises avec des problèmes financiers a utilisé cette approche active pour trouver des solutions. Cette technique s'avéra utile pour lui, car elle lui permit de découvrir les nombreuses options qui s'offraient à lui. En outre, il se rendit compte que cette technique l'avait aidé à surmonter sa colère et à aborder calmement son problème.

3) Exercices de relaxation. L'efficacité de la relaxation a été clairement démontrée comme stratégie d'adaptation pour les situations reliées au stress (voir les analyses de Benson et Klipper, 1976; Turner et Chapman, 1982; Tarles-Benido, 1978). Nous présentons l'entraînement à la relaxation comme la deuxième étape de la résolution de problèmes; il s'agit, par exemple, de prendre le temps de considérer un problème ou une préoccupation sous un angle différent. Nous donnons aussi d'autres buts à l'entraînement à la relaxation. Les clients reçoivent une méthode de relaxation sur cassette audio, qu'ils sont encouragés à apprendre et à mettre en pratique à la maison, pour en faire un outil supplémentaire dans leur adaptation. La relaxation musculaire progressive est la méthode que nous privilégions, à moins que certaines contraintes ne l'interdisent; dans ce cas, nous nous servons soit d'une méthode modifiée soit, selon les handicaps physiques, d'un entraînement à la visualisation, à l'imagerie ou au training autogène. Nous exhortons les clients à s'exercer chez eux trois fois par semaine, mais

nous ne tenons pas de registre sur l'observance de la technique à domicile.

Cas type: La plupart des clients apprécient les séances de relaxation. Par exemple, nombre d'entre eux nous ont dit qu'ils utilisaient chez eux des cassettes de relaxation pour trouver le sommeil ou qu'ils faisaient des exercices de relaxation pour se détendre.

4) Détermination des objectifs. Le *Alberta Cancer Program* a mis au point une grande variété de services de *counselling* afin de faciliter l'ajustement à la maladie. Nous avons adapté les objectifs posés par ce programme, à partir de la gestion du temps et de la médecine behavioriste jusqu'à la gestion de la douleur.

S'accorder sur des objectifs aide à concevoir des moyens réalistes d'accomplir des tâches qui sont importantes pour le client. Ces objectifs devraient être behavioristes (par exemple, établis pour accomplir une certaine tâche dans un temps donné) et réalisables. Puis nous invitons les clients à se fixer des objectifs pour le lendemain, pour la semaine suivante, pour les trois mois à venir et pour toute leur vie. Certains d'entre eux trouvent plus facile d'établir des objectifs pour la semaine suivante que pour l'année suivante. De fait, le cadre temporel nous semble moins important que la détermination même de l'objectif.

On peut classer les objectifs dans une série d'étapes fractionnées et graduées, perçues comme possibles à franchir. Des nouveaux schèmes de pensée peuvent s'installer à mesure que les clients envisagent des objectifs accessibles et voulus (Turk et al., 1983).

Cas type: Lorsqu'on leur demande pour la première fois quels sont leurs objectifs, bien des patients répondent: «Je n'en ai pas». Selon nous, cela s'explique entre autres par le fait que nombre d'entre eux considèrent que des objectifs sont choses inaccessibles ou difficiles à atteindre. De plus, nous avons remarqué qu'ils banalisent souvent leurs propres objectifs. Par exemple, de nombreux clients n'arrivent pas à croire qu'aller au travail tous les jours ou changer leurs habitudes alimentaires pour améliorer leur santé puisse faciliter leur adaptation. Nous dépensons beaucoup d'énergie à les inciter à s'enorgueillir de leurs réalisations et à considérer chacune de leurs activités quotidiennes comme un objectif. Par exemple, à la suite des séances de détermination d'objectifs, un client très malade en vint à éprouver de la fierté de pouvoir se cuisiner trois repas par jour. Un autre, tout aussi atteint, parvint petit à petit à atteindre son objectif de faire le ménage de son appartement.

5) Soutien social: L'intérêt particulier des deux séances consacrées au soutien social est de permettre aux clients: 1) de mieux com-

prendre ce qu'est le soutien social (types et sources); 2) de définir leur réseau social actuel, leur degré de satisfaction et leurs besoins supplémentaires; 3) d'apprendre des stratégies spécifiques pour mieux exprimer leurs besoins de soutien. Quand elles mettent l'accent sur ce que les clients connaissent des avantages du soutien social, sur leur capacité de s'affirmer et d'améliorer leurs communications, les interventions contribuent à réduire et à prévenir les problèmes liés au stress. Nous encourageons les clients à déterminer leur réseau de soutien le plus proche ainsi que d'autres types de soutien: amis, membres de leur famille, autres parents, membres de l'équipe médicale, groupes communautaires. Ils se rendent ainsi compte qu'ils ont accès à de l'aide sous bien des formes et de bien des sources. Nous leur enseignons aussi des techniques pour améliorer leurs relations avec les autres (au moyen, par exemple, de déclarations positives commençant par «je» et d'un entraînement à l'affirmation). Ces stratégies aident les clients à sortir de leur isolement et à communiquer leurs peurs, leurs préoccupations et leurs objectifs à des personnes qui comptent pour eux.

Cas type: De nombreux clients ont pu reconnaître qu'ils ne sont pas obligés de tout traverser seuls, et qu'ils peuvent demander de l'aide. Par exemple, une cliente a utilisé la technique des affirmations positives pour changer sa relation avec sa sœur. Auparavant, elle souhaitait exprimer ses besoins à celle-ci, mais ne savait comment l'aborder. Les séances portant sur le soutien social ont été extrêmement bénéfiques pour elle, en: 1) l'aidant à admettre qu'elle s'était isolée des autres; 2) en lui faisant reconnaître que ses besoins étaient légitimes, et 3) en l'encourageant à communiquer ses besoins d'une manière moins menaçante (les disputes étaient pour elles un moyen de communication normal en situation trop émotionnelle) en faisant simplement part de ce qu'elle ressentait aux autres.

6) Ressources et services: Le but de cette intervention est double: permettre aux clients de définir leurs besoins de soutien continu et les orienter vers les principales ressources en soins de santé. Par ailleurs, il est aussi important pour l'adaptation que les clients connaissent les services disponibles pour des besoins spécifiques: consultations psychologiques, conseils juridiques, programmes domiciliaires, formalités médicales, etc. Nous avons découvert que cette séance aidait efficacement les clients à comprendre et à démystifier le système des soins de santé et à y recourir au besoin.

Cas type: Certains clients ignorent les différentes formes de soutien psychosocial et matériel qui sont disponibles. Les conseillers de NUCARE en ont profité pour leur faire mieux connaître les ressources

et les services existants. Plusieurs ont pu trouver de l'aide à la suite de ces séances, par exemple en se joignant à un groupe de soutien ou en demandant un parrainage. Certains ont même manifesté de l'intérêt à devenir bénévoles pour divers organismes communautaires.

L'intervention NUCARE est constituée de séances individuelles hebdomadaires sur une période de deux mois, au cours desquelles les clients rencontrent l'un des deux intervenants du projet de recherche. En raison des besoins méthodologiques de la recherche, l'intervention est très structurée et opérationnelle. Nous la présentons aux clients et aux professionnels de la santé non pas comme faisant double emploi avec les services déjà établis, mais comme un moyen de renforcer la capacité du client à se soigner et à s'adapter, afin de maîtriser et de prévenir les problèmes qui pourraient se manifester. Nous soulignons que l'apprentissage qu'ils feront au cours de ces interventions les aidera plus tard à gérer bien des facettes de leur vie. L'intervention se fonde sur l'adaptation au VIH, sur la famille, sur les ressources morales, physiques et mentales du client, tous moyens qu'elle réunit dans une collaboration dynamique entre l'intervenant et le client.

Dans le cadre de l'intervention NUCARE, nous présentons aux clients un contrat de collaboration établissant leurs droits et leurs responsabilités ainsi que ceux des conseillers. Nous prenons soin de bien différencier les aspects psychosociaux et médicaux de l'infection au VIH. Voici un extrait de ce contrat:

«Grâce à leur formation, les intervenants de NUCARE peuvent fournir du soutien et de l'information sur les différents aspects psychosociaux de l'infection VIH. C'est avec votre équipe médicale (médecin et infirmières), et non avec l'intervenant de NUCARE, que vous devrez discuter de tous les aspects médicaux de votre état.

L'intervenant de NUCARE vous fournira du soutien par les moyens suivants:

- 1. En prêtant attention à toutes vos préoccupations;*
- 2. En vous apprenant les stratégies et les techniques pour arriver à une adaptation plus efficace de l'infection au VIH, soit la restructuration cognitive, les méthodes de relaxation, la résolution de problèmes, la détermination d'objectifs, le soutien social et l'affirmation de soi;*
- 3. En comprenant vos objectifs et en vous aidant à trouver les moyens de les atteindre;*
- 4. En vous fournissant les informations d'ordre psychosocial dont vous avez besoin; et*

5. *En étant votre personne ressource pour apprendre à utiliser le mieux possible les services et les ressources disponibles.*

Vous avez le droit et la responsabilité de prendre part à toutes les décisions concernant votre bien-être, dans les limites que vous déterminerez vous-même.

L'intervenant de NUCARE vous aidera à trouver des façons d'accomplir ce qui vous semble important. Cependant, vous aurez toujours le choix de décider de ce que vous voulez faire» (Hamel et al., 1991).

Dans le premier programme NUCARE destiné aux personnes atteintes du cancer, nous avons montré que les infirmières formées pour ce type d'intervention sont en mesure de l'administrer avec succès, même si d'autres professionnels de la santé en sont tout aussi capables. Dans notre recherche actuelle avec des personnes infectées par le VIH, les intervenants ont une formation du niveau de la maîtrise en psychologie et en travail social.

Conclusion

Nous faisons en ce moment un essai contrôlé aléatoire sur l'efficacité de l'intervention NUCARE pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant des symptômes de l'infection au VIH. Il nous intéresse particulièrement d'examiner l'impact de NUCARE en ce qui concerne la diminution des pensées négatives envahissantes et des inquiétudes reliées à la maladie.

Dans l'étude NUCARE sur le cancer, des diminutions significatives de taux d'inquiétude ont été enregistrées à la suite de l'intervention et elles se sont maintenues un an durant. Une étude de Baum (1990) a montré que des réactions de stress chez les victimes de l'accident nucléaire de Three Mile Island se perpétuaient longtemps après l'événement par des pensées importunes, mesurées d'ailleurs avec l'échelle que nous utilisons dans notre étude. Le fait que l'intervention influence cette variable laisse croire que l'apprentissage de certaines techniques cognitives peut réduire le stress lié à la maladie. Que les pensées importunes soient des véhicules ou des conséquences du stress, l'intervention semble bel et bien faire diminuer durablement l'inquiétude. Les niveaux d'anxiété et de dépression des clients apparaissaient proches des normes de la population générale à la fin de l'étude (Edgar et al, 1992).

NUCARE pourrait être un programme fort efficace d'intervention psychosociale si on peut diminuer l'inquiétude des clients et maintenir cette diminution. Les clients maîtrisent davantage leurs pensées négatives quand leur niveau d'inquiétude est plus bas. De même, leur capa-

cité d'agir à partir de pensées positives peut aussi être renforcée. S'adapter à l'infection du VIH signifie, selon Weisman (1979), traiter une malheureuse conjoncture humaine tout en offrant un laissez-passer vers une meilleure qualité de vie. Ce «sens de l'espoir et de la conduite personnelle qui constitue le moral» (Weisman, 1979, 127) se trouve renforcé par le soutien social et par ses ressources internes de courage et de détermination. Dans la mesure où nous sommes capables, par le programme d'intervention NUCARE, de favoriser une adaptation active face à l'infection au VIH en améliorant la résistance personnelle, nous aurons atteint un objectif fort désiré.

RÉFÉRENCES

- BAUM, A., 1990, Stress, intrusive imagery, and chronic distress, *Health Psychology*, 9, 6, 653-675.
- BENSON, H., KLIPPER, M.Z., 1976, *The Relaxation Response*, Avon Books, New York.
- BRALLIER, L., 1982, Transition and transformation: Successfully managing stress, *National Nursing Review*, Los Altos, CA.
- BURNS, D.D., 1980, *Feeling Good: The New Mood Therapy*, William Morrow, New York.
- CHILDRESS, A.R., BURNS, D.D., 1981, The basics of cognitive therapy, *Psychosomatics*, 22, 1017-1027.
- CHURCH, J.A., KOCIS, A.E., GREEN, J., 1988, *Effects on Lovers of Caring for HIV Infected Individuals Related to Perceptions of Cognitive Behavioural and Personality Changes in the Sufferer*, presented at the 1V International Conference on Aids, Stockholm.
- COATES, T. J. and McKUSICK, L., 1987, (June). *The Efficacy of Stress Management in Reducing High Risk Behavior and Improving Immune Function in HIV Antibody Positive Men*, Presented at the 111 International Conference on Aids, Washington, D.C.
- CORLESS, I.B., ABRAMS, D., BIGLIERI, E., DODD, M., 1987, *Men with Isolated Thrombocytopenic Purpura — The Impact of Psychophysiological Intervention on Platelet Count*, presented at the III International Conference on AIDS, Washington, DC.
- EDGAR, L., ROSBERGER, Z., NOWLIS, D., 1992, Coping with cancer during the first year after diagnosis, *Cancer*, 69, 3, 817-828.
- GOTTLIEB, B.H., Ed, 1988, *Marshalling Social Support: Formats processes and Effects*, Beverly Hills, Sage Publications.
- HAMEL, M.A., DARSIGNY, R., EDGAR, L., and LAMPING, D.L., 1991. *Nucare — A Program for People who are Living with HIV Infection: A Manual for Professionals Working with People with HIV Infection*, manuscrit non publi  .

- HEDGE, B., ANCTON, T.M.G., and MILLER, D., 1988, *The Worried Well: A Cognitive Behavioral Understanding and Intervention*, Présenté à la 1V International Conference on Aids, Stockholm.
- JOSEPH, J. G., KESSLER, R.C., D.G., PHAIR, J., and CHMIEL, J., 1988, *Psychosocial Predicators of Symptom Development in HIV-Infected Gay Men*, Présenté à la 1V International Conference on Aids, Stockholm.
- KELLY, J., and ST LAWRENCE, J.S., 1988. *The Aids health Crisis: Psychological and Social Interventions*, New York, Plenum.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., 1990, *Review of the Literature on HIV Infection and Mental Health*, Minister of Supply and Services Canada, Ottawa.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, C., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- MACKS, J., 1987, *Psychological Interventions for Persons with AIDS and their Partners: A Group Approach*, presented at the III International Conference on AIDS, Washington, DC.
- MEICHENBAUM, D., 1977, *Cognitive Behavior Modification*, Plenum, New York.
- SCANDRETT, S., 1985, Cognitive reappraisal in Bulechek, G.M., McCloskey, J.C., Eds, *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnosis*, W.B. Saunders, Philadelphia, 49-57.
- SOBEL, H.J., 1979, Review of the current literature: Coping with cancer, *Behavior Medicine Newsletter*, 1, 6-9.
- TARLES-BENLDO, L.M., 1978, The role of relaxation in biofeedback training: A critical review of the literature, *Psychological Bulletin*, 85, 4, 727-755.
- TURNER, J., CHAPMAN, C.R., 1982, Psychological interventions for chronic pain. A critical review. II. Operant conditioning, hypnosis and cognitive behavioral therapy, *Pain*, 12, 23-46.
- TURK, D.C., MEICHENBAUM, D., GENEST, M., 1983, *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive Behavioral Perspective*, Guildford Press, New York.
- WAGNER, B., GREENBERG, R., HIGGINS, B., NORRIS, H., TAYLOR, J., 1987, *Support Groups for HIV Positive Women Including with HIV Positive Infants*, presented at the III International Conference on AIDS, Washington, DC.
- WEISMAN, A.D., 1979, *Coping with Cancer*, McGraw-Hill, New York.
- WEISMAN, A.D., WORDEN, J.W., SOBEL, H.J., 1980, *Psychosocial Screening and Intervention With Cancer Patients*, Project Omega, Grant No., CA 19797, Harvard Medical School Massachusetts General Hospital, Boston.

Psychosocial Intervention for Persons with H.I.V. Infection

ABSTRACT

We describe a psychosocial intervention program designed to enhance coping with the stress associated with HIV infection. The NUCARE intervention program is based on six components of coping

including: cognitive reframing, problem-solving, relaxation, goal setting, social support and use of resources and services. The rationale and development of the intervention is discussed and practical case examples illustrating the benefits of each component are presented.